

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)

SEASONAL INFLUENZA VACCINE 2023-2024

Funded by the Salem County Board of County Commissioners

110 5th Street, Salem, NJ 08079

856-935-7510 ext. 8474

NJIS#: _____

VIS Date: _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (letra de imprenta)

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	SEXO	RAZA	ETNIA
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	COUNTY
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE TELÉFONO	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (letra de imprenta)

Nombre del seguro primario:
Número de identificación del seguro:
<input type="checkbox"/> Sin seguro

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE VACUNAS

Antes de recibir una vacuna contra la influenza, responda las siguientes preguntas:	Si	No
¿La persona que se va a vacunar tiene 3 años de edad o más?		
¿La persona que se va a vacunar ha recibido una vacuna contra la gripe antes?		
¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?		
¿La persona a vacunar tiene alergia severa al huevo?		
¿La persona que se va a vacunar tiene una alergia grave a alguno de los ingredientes de la vacuna contra la gripe?		
¿La persona a vacunar está enferma hoy?		
¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad)?		

PARA SER COPLETADO POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAULD

IM injection site:

Left Deltoid Right Deltoid Other

Signature & Title of Vaccine Administrator

<p>Label Date/Place Vaccine administered Exp. Date and Lot #</p>
--

Reviewed By: _____

Salem County Department of Health & Human Services (SCDHHS)

SEASONAL INFLUENZA VACCINE 2023-2024

Funded by the Salem County Board of County Commissioners

110 5th Street, Salem, NJ 08079

856-935-7510 ext. 8474

CONSENTIMIENTO (Leer antes de firmar)

Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el participante mencionado reciba la vacuna contra la influenza. tengo respondido todas las preguntas en este formulario apropiadamente y según mi leal saber y entender. Me proporcionaron y he revisado el Declaración de información sobre la vacuna y se le brindó la oportunidad de hacer preguntas. Doy mi permiso para mi información de vacunación que se incluirá en el Sistema de Información de Vacunación de Nueva Jersey. Información sobre esto El programa está disponible a pedido. SCDHHS mantendrá este registro médico en archivo por un mínimo de 3 años.

Entiendo que SCDHHS, sus empleados, representantes, agentes y voluntarios están libres de cualquier habilidad para darme la vacunación antigripal. Entiendo que la atención médica de seguimiento puede ser necesaria en caso de exposición y acepto seguir los protocolos de seguimiento de exposición SCDHHS*. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema. asociadocon mi recepción de la vacuna contra la influenza

Autorizo la presentación de un reclamo a Medicare, Medicaid o cualquier otro pagador por los servicios que me brindó SCDHHS ahora, en el pasado o en el futuro, hasta que revoque esta autorización por escrito por correo certificado. Entiendo que un seguro el reclamo no se presentará si elegí optar por no recibir la facturación del seguro. Acepto remitir inmediatamente a SCDHHS cualquier pago que recibo directamente del seguro o de cualquier fuente por los servicios que me brindan y asigno todos los derechos a dichos pagos a SCDFEIS. Autorizo a SCDHHS a apelar las denegaciones de pago u otras decisiones adversas en mi nombre sin más autorización. Autorizo y ordeno a cualquier titular de seguro médico, facturaciónu otra información relevante sobre mí que divulgar dicha información a SCDHHS y sus agentes de facturación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o cualquier otros pagadores o aseguradores, y sus respectivos agentes o contratistas, según sea necesariopara determinar estos u otros beneficios pagadero por cualquier servicio que me brinde SCDHIS, ahora, en el pasado o en el futuro. También autorizo a SCDETHS a obtener información médica, de seguros, de facturación y otra información relevante sobre mí de cualquier parte, base de datos u otra fuente que mantenga dicha información. Solicitamos el pago de cualquier beneficio de seguro médico para ir directamente a SCDEHS. Yo/Nosotros permitimos una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar del original. Una copia de este formulario es tan válida como el origina

_____	Date: _____/_____/_____
Firma del participante o padre/tutor	(mes) (día) (ano)
_____	_____
Nombre del padre o tutor (letra de imprenta)	Relación con el receptor de la vacuna (letra de imprenta)